



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MEXICO**

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
SECRETARIA DE SALUD  
BENEMERITO HOSPITAL GENERAL CON  
ESPECIALIDADES JUAN MARIA DE  
SALVATIERRA  
**FRECUENCIA, DIAGNOSTICO Y  
TRATAMIENTO  
DE LOS TUMORES BENIGNOS DE  
OVARIO EN EL  
“BENEMERITO HOSPITAL GENERAL CON  
ESPECIALIDADES  
“JUAN MARIA DE SALVATIERRA”, 2010-2012.**  
TESIS PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE:  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**  
PRESENTA:  
**Dra. Blanca Pamella Chiquete García de Alba**  
ASESOR DE TESIS:  
**Dr. Gustavo Jorge Farias Noyola**

Mexico D.F. a Enero de 2014





Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**TESIS DE POSGRADO**  
**FRECUENCIA, DIAGNOSTICO Y**  
**TRATAMIENTO DE LOS TUMORES BENIGNOS**  
**DE OVARIO EN EL “BENEMERITO HOSPITAL**  
**GENERAL CON ESPECIALIDADES**  
**“JUAN MARIA DE SALVATIERRA”, 2010-2012.**

**Presenta:**

---

**Dra. Blanca Pamella Chiquete García de Alba**

---

**Asesor de Tesis**

**Dr. Gustavo J.  
Farias Noyola**

---

**Titular del curso**

**Dr. Carlos Arriola  
Isais**

---

**Jefe del Servicio de  
Ginecología y Obstetricia**

**Dr. Eduardo Esponda Tort**

---

**Jefe del Depto.  
de Enseñanza  
e Investigación**

**Dr. Gustavo J.  
Farias Noyola**

---

**Dra. Francisca García Rodríguez**

**Subdirectora de Innovación y Enseñanza Estatal**

## AGRADECIMIENTOS

Con todo mi cariño y mi amor para las personas que hicieron todo en la vida para que yo pudiera lograr mis sueños, por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino se terminaba, a ustedes por siempre mi corazón y mi agradecimiento. Papá y mamá

A tu paciencia y comprensión, por apoyarme y no soltarme la mano desde el inicio hasta el fin de la residencia, por hacerme tan feliz, por brindarme la oportunidad de ser mama, por nuestra pequeña Rommina, gracias por estar siempre a mi lado, mi Amore.

A mis hermanas por estar apoyándome siempre, con cariño y palabras de aliento, pero sobretodo a ti Gigi, porque sin tu ayuda y tu sacrificio esto hubiera sido muy difícil, las amo hermanas.

A mis compañeros de Residencia, sobre todo a Angie, que se sacrificio tantas veces por mí. A mis maestros por su dedicación, enseñanzas y por brindarnos confianza y amistad.

Gracias a esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado.

Y no menos importante le agradezco a Dios por haber puesto a todas estas personas en mi camino, por guiarme en mi vida y darme la oportunidad de una vida feliz y llena de personas que amo y me aman.

## **Índice**

<b>Introducción.....</b>	<b>6</b>
<b>Planteamiento del Problema.....</b>	<b>8</b>
<b>Marco Teórico.....</b>	<b>9</b>
<b>Pregunta de Investigación.....</b>	<b>69</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>70</b>
<b>General</b>	
<b>Específicos</b>	
<b>Hipótesis.....</b>	<b>71</b>
<b>Hipótesis Afirmativa</b>	
<b>Hipótesis Nula</b>	
<b>Justificación.....</b>	<b>72</b>
<b>Material y Métodos.....</b>	<b>73</b>
<b>Tipo de Estudio...73</b>	

<b>Sitio del Estudio.....</b>	<b>73</b>
<b>Sujeto del Estudio.....</b>	<b>73</b>
<b>Tipo de muestra.....</b>	<b>74</b>
<b>Tamaño de la Muestra....</b>	<b>74</b>
<b>Criterios de selección....</b>	<b>74</b>
<b>Variables.....</b>	<b>76</b>
<b>Análisis de datos.....</b>	<b>76</b>
<b>Aspectos Bioéticos.....</b>	<b>77</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>78</b>
<b>Discusión.....</b>	<b>92</b>
<b>Conclusiones.....</b>	<b>96</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>101</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>105</b>

## **INTRODUCCIÓN.**

La presencia de un tumor anexial constituye uno de los hallazgos más frecuentes en la práctica clínica diaria. Engloba entidades diversas, tanto benignas como malignas.

El problema fundamental ante un tumor anexial será discernir si se trata de un proceso maligno o benigno siendo primordial un adecuado estudio y orientación de la lesión, a fin de obtener un correcto diagnóstico que nos permita ofrecer a la paciente la mejor opción terapéutica con la menor morbilidad y menor grado de angustia posible.

Por otro lado, el hecho de que los manejos tengan una localización anatómica coincidente con otras vísceras,

hace que haya que establecer un diagnóstico diferencial con procesos inflamatorios, infecciosos o neoplásicos de localización no genital que en ocasiones puede resultar muy complicado.

## **PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA.**

Pese a ser una patología importante dentro de los principales tumores que afectan a la mujer, no existe un estudio en esta unidad que revele la frecuencia de su presentación, así como la metodología de estudio de estas pacientes. Es importante conocer el tratamiento definitivo utilizado en esta unidad, así como conocer los diferentes abordajes existentes, y la estirpe más frecuente en nuestra población.

## **MARCO TEÓRICO.**

Entre las patologías ginecológicas, los tumores anexiales son los más difíciles de todos los problemas diagnósticos. La sutil transición de una lesión benigna a otra maligna en un ovario, es uno de los grandes misterios de la ginecología. 1

El diagnóstico de un tumor anexial de características funcionales, benignas o malignas, constituye uno de los hallazgos que con mayor frecuencia surgen en la práctica clínica diaria. Algunos datos epidemiológicos nos muestran la importancia del problema 4:

- Constituyen la cuarta causa de ingreso hospitalario.

- Aparecen sobre todo en edad reproductiva (20-45 años); las causas más frecuentes en esta época son las de origen funcional.

- En perimenopáusicas y postmenopáusicas deben ser objeto de estudio inmediato, por el aumento del riesgo de malignidad. Se sabe que el cáncer de ovario incrementa su frecuencia con la edad, hasta tal punto que el factor de riesgo de mayor peso es, sin duda alguna, la edad, con un máximo pico de incidencia entre los 60 y 70 años.

Como bien se conoce, el ovario es un órgano de caracteres polimorfos interrelacionados. Diversos factores genéticos, embriológicos, estructurales y funcionales, experimentan una interacción de la cual puede emanar una enorme

capacidad tumoral, ya sea benigna o maligna. 1

Los tumores ováricos constituyen el tercer grupo de tumores en la mujer. Aproximadamente 1 de cada 10 féminas lo tendrá a lo largo de la vida, la mayoría de las cuales requerirá de una evaluación quirúrgica. Estos se presentan desde edades tempranas hasta avanzadas. La experiencia clínica revela la alta incidencia en la etapa del climaterio, comprendida entre los 35 y 65 años de edad. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, pero su evolución silente entorpece el diagnóstico temprano, lo que hace que en más de 60 % de los casos se diagnostique en etapa avanzada. Es más frecuente en países desarrollados que en vías de desarrollo. 1,3

El advenimiento de la ecografía y su uso habitual, ha hecho que el diagnóstico de dichos tumores sea aún más frecuente y esta haya adquirido una función preponderante en la práctica ginecológica, ya que constituye el mejor método para explorar los cambios que ocurren en el aparato reproductor. 1

## **EPIDEMIOLOGÍA**

A pesar de ser un hallazgo común, no existen estadísticas precisas disponibles sobre su incidencia, que varía en función de la población estudiada y de los criterios empleados. 5

Un quiste benigno es el que no tiene ascitis, septos ni componentes sólidos, que mide menos de 5 cm de diámetro y es unilobular o unilateral. A pesar de ser un hallazgo común, no existen estadísticas precisas disponibles

sobre su incidencia, que varía en función de la población estudiada y de los criterios empleados.

Su prevalencia reportada es del 3.3 al 14.8%. Son más frecuentes en la edad fértil, disminuyendo a partir de los 45 años. Se diagnostican en el 7% de las mujeres mayores de 45 años asintomáticas a las que se realiza una ecografía y representan la 4ª causa de ingreso hospitalario ginecológico. Se ha señalado que ingresará por esta causa 1 de cada 200 mujeres en edad fértil. 3

La mayoría de los tumores ováricos presentan un comportamiento completamente benigno (75-85%), algunas tienen un comportamiento incierto y otras se malignizan con el tiempo. Habrá 50 tumores ováricos

benignos por cada caso de cáncer ovárico. 2

En el 65% de las mujeres jóvenes operadas de quiste de ovario, el diagnóstico anatomopatológico será quiste funcional. En Estados Unidos cerca del 10% de las mujeres en algún momento de su vida se someterán a evaluación quirúrgica por una masa anexial, lo que supone una estimación de 6 mil intervenciones quirúrgicas por año. 3

## **CLASIFICACIÓN**

La clasificación considerada actualmente más práctica es la histológica

### **Tumores epiteliales (85-90%)**

- Serosos (42%).

*Bajo potencial maligno.* Cistoadenoma, cistoadenoma papilar, papiloma superficial, adenofibroma y cistoadenofibroma.

*Malignos.* Adenocarcinoma, adenocarcinoma papilar, cistoadenocarcinoma papilar, Ca. Papilar superficial, adenofibroma y cistoadenofibroma.

- *Mucinosos (12%).*

*Bajo potencial maligno.* Cistoadenoma, adenofibroma y cistoadenofibroma.

*Malignos.* Adenocarcinoma, cistoadenocarcinoma, adenofibroma y cistoadenofibroma.

- *Endometrioides (15%).*

*Bajo potencial maligno.* Adenoma, cistoadenoma, adenofibroma y cistoadenofibroma.

*Malignos.* Carcinoma, adenoca, adenoacantoma, adenofibroma y cistoadenofibroma.

- *De células claras-Mesonefroides (6%).*

*Bajo potencial maligno.*

*Malignos.* Carcinoma y adenocarcinoma.

- *De Brenner-Paramalpigliano.*

*Bajo potencial maligno y maligno.*

- *Epiteliales mixtos (17%).*

*Bajo potencial maligno y maligno.*

- *Indiferenciado (17%).*

- *No clasificados.*

## **Tumores de células germinales (5-15%)**

- *Teratoma.*

*Inmaduros.*

*Maduros.* Sólido adulto, quístico (quiste dermoide), con formación de tumor secundario y fetiformes (homunculus).

*Monodérmicos o altamente especializados.* Estroma ovárico (variante

con tumor tiroideo y carcinoide), carcinoide (insular, trabecular, estrumal, mucinoso), neuroectodérmicos, sebáceos y mixtos.

*Mixtos.*

- *Disgerminoma.*

*Variante con células sincitiotrofoblásticas.*

- *Del seno endodérmico-saco vitelino.*
- *Carcinoma embrionario.*
- *Polembrioma.*
- *Coriocarcinoma.*

## **Tumores de células de los cordones sexuales y del estroma (2%)**

- *De células de la granulosa-teca.*

*De células de la granulosa.* Juveniles y adultos.

*Del grupo tecoma-fibromas.* Tecoma (típico, luteinizado), fibroma, fibromacelular, fibrosarcoma, del estroma

con elementos mínimos de los cordones sexuales, esclerosante estromal, luteoma estromal y no clasificados

- *De células de Sertoli-Leydig. Androblastomas.*

*De células de Sertoli-Arrhenoblastoma tubular.*

*De células de Sertoli-Leydig.*

*De células de Sertoli-Adenoma de Pick.*

*De células de Leydig-células hiliares.*

*Variante con elementos heterólogos.*

*Sarcomatoides.*

*Retiformes.*

*Mixtos.*

- *De cordones sexuales con túbulos anulares- Scully.*

- *Ginandroblastoma.*

- *De células lipoideas.*

*Luteoma estromal.*

*De células de Leydig-hiliares.*

### **Gonadoblastoma**

- *Variante con disgerminoma u otros tumores germinales.*

### **Tumores de células germinales y de los cordones sexuales**

- *Variante con disgerminoma u otros tumores germinales.*

### **Tumores de la Rete Ovarii**

- *Adenoma y cistoadenoma.*
- *Adenocarcinoma.*

### **Tumores mesoteliales**

- *Adenomatoide.*

### **Tumores de origen incierto**

- *Carcinoma de células pequeñas.*
- *Tumor de origen Wolffiano.*
- *Carcinoma hepatoide.*

- *Oncocitoma.*

## **Enfermedad trofoblástica gestacional**

### **Tumores del mesenquima no específicos (1%).**

- *Fibroma.*
- *Hemangioma.*
- *Leiomioma.*
- *Lipoma.*
- *Linfoma.*
- *Sarcoma.*

### **Tumores metastásicos (10%).**

- *Tubeo gastrointestinal (Krukenberg)*
- *Mama.*
- *Endometrio.*

### **Tumores no clasificados**

## **CLINICA**

La característica clínica fundamental de los tumores de ovario es la ausencia de sintomatología y su crecimiento lento, por lo que su diagnóstico suele ser en etapas avanzadas o como hallazgo casual en el curso de una exploración ginecológica o abdominal motivada por otro hecho. 2

La intensidad de la clínica va a depender de las diferentes características de la tumoración como son su tamaño, su tipo histológico, la aparición de complicaciones o la presencia o no de función endocrina, entre otras. En el caso de que exista clínica, esta suele ser inespecífica (nauseas, vómitos, febrícula, etc) o alguno de los siguientes síntomas:

2

- Dolor abdominal de intensidad variable. Los tumores benignos de ovario de crecimiento lento suelen cursar con sensación de plenitud, pesadez o dispepsia.
- Aumento del perímetro abdominal. Se produce por el propio crecimiento de la masa o por ascitis; es más típica de procesos malignos, puede darse en los benignos de tipo sólido o en el tumor de Brenner.
- Abdomen agudo. Fundamentalmente se deriva de un tumor benigno de ovario complicado con torsión, rotura, hemorragia, infección, etc.
- Sintomatología compresiva que aparece por compromiso de estructuras vecinas. Se encuentran cuadros obstructivos renales y/o

intestinales e incluso, afectación vascular (varices, hemorroides, etc). En casos excepcionales y si la tumoración es muy voluminosa, puede producir disnea.

- Manifestaciones hormonales. Si el tumor es funcional, puede aparecer masculinización, hirsutismo, sangrado uterino anormal; en casos más raros, hipertiroidismo u otros síndromes endocrinos.<sup>2</sup>

Es difícil de diagnosticar en etapas tempranas, pues las manifestaciones clínicas son escasas y fácilmente se confunden con las de otras afecciones, además, no es fácil crear un sistema de detección precoz (tamizaje). 1

## DIAGNÓSTICO

Los principales pilares diagnósticos usados en los tumores anexiales benignos son el examen pélvico, la ecografía preferentemente vía transvaginal y la determinación analítica de marcadores tumorales. Sin embargo, el diagnóstico de certeza será exclusivamente anatomopatológico, por lo que en ciertas ocasiones en las que tras el uso de las diferentes herramientas diagnósticas existan dudas sobre este o haya sospecha de malignidad, es aconsejable optar en principio por cirugía que permitirá tanto un mejor diagnóstico como la posibilidad de extirpación, biopsia intraoperatoria y tratamiento posterior según esta. 2

- **Historia clínica y anamnesis:** el primer factor a tener en cuenta es la edad y el

estado menopáusico o no de la paciente. Estos datos se obtienen de una anamnesis cuidadosa. Es importante indagar sobre los antecedentes familiares de cáncer de ovario, así como otros canceres relacionados, como mama o colon.<sup>2</sup>

- **Exploración física general y ginecológica:** mientras que la palpación abdominal revela la presencia de una masa ovárica si esta sobrepasara la pelvis y la presencia o no de ascitis, el tacto bimanual va a aportarnos información más precisa sobre el tamaño, la consistencia, la uniformidad, el grado de movilidad, la regularidad y el carácter uni o bilateral de la lesión (solo un 5% son bilaterales) así como la ocupación del fondo de saco de Douglas. Atendiendo a

lo anterior se aceptan como signos de benignidad:

- Móvil desplazable, regular, o uniforme.
- Unilateral.
- Fondo de saco de Douglas libre sin irregularidades.
- No hay fijación a estructuras vecinas.
- No hay hepatomegalia nodular, ni ascitis, ni masa epiploica indurada.

2

• **Analítica:** serán útiles la biometría hemática, química general y coagulación, especialmente si el tumor benigno de ovario se complicara con un abdomen agudo, así como la determinación hormonal cuando se sospecha un tumor funcional. Los datos analíticos de los que obtendremos mayor información serán los

niveles plasmáticos de marcadores tumorales que si bien, no confirman el diagnóstico de benignidad del proceso, son de gran ayuda para la orientación terapéutica, seguimiento posterior y respuesta a tratamiento realizado:2

- Ca 125: glicoproteína de alto peso molecular producida por células derivadas del epitelio celómico. Su rendimiento es distinto en las diferentes etapas de la vida. En mujeres postmenopausicas que presentan un tumor anexial, un valor de Ca 125 superior a 35 U/ml tiene una sensibilidad próxima al 100% y una especificidad del 50% para diagnóstico de malignidad. En cambio, en premenopausicas, las elevaciones de Ca 125 no tienen capacidad predictiva a la hora de discernir si se trata de un proceso benigno o maligno ginecológico puesto

que se puede elevar tanto en circunstancias fisiológicas, como en procesos benignos o incluso en otras neoplasias no ginecológicas (colon, mama, endometrio).

Existen numerosos procesos benignos que pueden cursar con una elevación del marcador CA-125 sin que exista cáncer de ovario (falsos positivos por proceso benigno).

Resulta llamativo comprobar que este marcador puede estar elevado en procesos fisiológicos del endometrio, como ocurre en el primer trimestre del embarazo, en el postparto, más rara vez en la menstruación y en casos de endometriosis. Los procesos patológicos del hígado son los que engloban enfermedades que cursan con una gran

elevación del CA-125. El 67% de los enfermos con cirrosis sin ascitis tienen elevación del CA-125; también está elevado en la hepatitis vírica, en la granulopatosis hepática y en la hepatitis crónica alcohólica. El dato de mayor interés de este marcador en relación con la patología hepática es que en el 100% de los enfermos con cirrosis y ascitis está elevado el CA-125 y una de las situaciones que cursan con cifras más altas de este marcador, sin que haya una neoplasia, es cuando hay cirrosis y ascitis. 6

Aunque el Ca 125 es útil para valorar punción y respuesta terapéutica, aparición de recidivas así como seguimiento de los tumores benignos de ovario, no cabe duda que su papel más destacado lo posee en el pronóstico y

seguimiento de las neoplasias malignas de ovario.2

- Alfafetoproteína: antígeno embrionario presente de forma fisiológica en la gestación, de especificidad intermedia. Es útil en tumores del seno endodérmico y en carcinomas embrionarios de ovario. Su determinación está especialmente indicada en el estudio de masas anexiales en pacientes jóvenes.

- Gonadotropina coriónica humana (HCG): se eleva en las neoplasias trofoblásticas gestacionales, coriocarcinomas de ovario y en los tumores de células germinales de cualquier localización. Su cuantificación está indicada en pacientes jóvenes.

- Ca 19.9: carbohidrato muy presente en tumores de extirpe digestiva y en tumores ováricos de tipo mucinoso.2

- **Estudios de imagen:** La ecografía vía transvaginal complementada con la vía abdominal es tradicionalmente el más eficiente, seguro y económico de todos los diagnósticos de imagen ya que gracias a las características del método de exploración (mayor proximidad al órgano a estudiar, mejor resolución de imagen) aporta notable información sobre los aspectos morfológicos del tumor (elemento básico en el estudio de las masas anexiales) permitiendo así establecer un diagnóstico de sospecha prequirúrgica en la mayor parte de los casos en los que se tenga que recurrir a esta.

El valor principal de la ecografía reside en la confirmación de la presencia o ausencia de un tumor pélvico, localización del origen (ovario, trompa, útero), visión de la arquitectura interna de la lesión (sospecha de distinción entre benignidad y malignidad), visión de la afección asociada a dicho tumor (ascitis, lesiones hepáticas, entre otras); no obstante, la ecografía se muestra desacertada en la observación de lesiones como la afectación intestinal y nódulos retroperitoneales, por citar algunos. El diagnóstico de estas alteraciones casi siempre se realiza en el acto operatorio. Además actúa de guía para otros procedimientos (punción-aspiración, biopsias dirigidas), permite el seguimiento de procesos tumorales ováricos benignos (quistes foliculares o del cuerpo lúteo, endometriomas) y es el

recurso de diagnóstico más importante para determinar si la paciente necesita una laparoscopia.<sup>7</sup>

Existe una serie de tumores ováricos con morfología compleja, con desarrollo benigno, que desde el punto de vista ecográfico pudieran simular un tumor maligno, por ejemplo: los teratomas, la endometriosis ovárica, los fibromas anexiales y los procesos anexiales complicados. <sup>7</sup>

Cabe agregar que en la última década han sido realizadas muchas investigaciones en relación con el Doppler y con su variante a color para analizar y evaluar la circulación dentro de la masa tumoral. Estudios comparativos entre ecografía vaginal con Doppler y sin este, han mostrado claramente el aumento de la sensibilidad y la especificidad diagnóstica con el color, con buenos

resultados en la diferenciación de los tumores benignos de los malignos. En las neoplasias ováricas, al igual que en el carcinoma de endometrio, aparece una angiogénesis patológica, tanto intratumoral como en la periferia de las neoplasias malignas, lo cual modifica la velocidad del flujo. La presencia de vasos con flujos de baja impedancia en los tabiques del tumor y en el interior de la masa neoplásica, así como la aparición de nuevos vasos aberrantes e irregularidades, son muy sospechosas de malignidad. 7

Mientras que el USG transvaginal proporciona mejor información si el tumor benigno de ovario es menor de 10 cm o se ubica en fondo de saco de Douglas, la abdominal lo hará en aquellas que tengan más de 10 cm o se sitúen por encima del techo vesical. Es importante destacar que

el valor predictivo de la ecografía es mayor para las tumoraciones benignas que para las malignas.<sup>2</sup>

Características ecográficas de probable benignidad:

- Tamaño menor de 5 cm.
- Unilateralidad.
- Pared tumoral lisa, delgada y regular.
- Ausencia de tabiques o menores de 3 mm de grosor.
- Buena delimitación de la masa.
- Homogeneidad de la lesión sin presencia de áreas sólidas.
- Contenido anecoico de la tumoración.
- Ausencia de ascitis.<sup>9</sup>

Para ajustar más el diagnóstico y mejorar la sensibilidad y especificidad del mismo se han propuesto diferentes sistemas de puntuación en los que se adjudica un valor numérico a cada una de las distintas características de la masa anexial. En general, todos valoran la estructura de la pared, los septos internos, y el aspecto ecogénico de la masa. Cuanta más alta sea la suma de estos valores, es más probable que la tumoración sea maligna. Todos los índices tienen su sesgo ya que la puntuación que se otorga es subjetiva y depende del observador y del equipo de ultrasonidos que se usa. Destacan los de Taylor, Timmerman, Fleischer, Kurjak o Sassone. 9

En lo referente al uso del eco-Doppler, un metaanálisis reciente llevado a cabo

por Kinkel y cols. Y los estudios de Taori y cols. revelan un aumento de la especificidad, sensibilidad, valor predictivo positivo y negativo en el diagnóstico preoperatorio de las masas anexiales así como un mayor rendimiento diagnóstico en términos de benignidad y malignidad si se utiliza el USG transvaginal con estudio Doppler color posterior respecto al uso aislado de los modos ecográficos A y B. Es característico del tumor benigno de ovario en el estudio eco-Doppler pulsado la presencia de onda de velocidad de flujo (OVF) de alta resistencia en los vasos de la tumoración puesto que dichos vasos carecen en general de características angiogénicas malignas (OVF de baja resistencia), aun así es preciso advertir que algunos procesos fisiológicos (folículos funcionantes, cuerpos lúteos,

etc.) pueden presentar una OVF de baja resistencia. En cuanto a los índices Doppler (pico de velocidad sistólica, índice de resistencia (IR), índice de pulsatilidad (IP) su utilidad actual es discutida ya que además de poco reproducibles, presentan un solapamiento en sus valores a la hora de discernir entre procesos benignos y malignos no existiendo hoy día consenso sobre el punto de corte óptimo que diferencie ambos procesos.

Son características de tumores benignos de ovario cuando estas se analizan con eco-Doppler color o power-Doppler (de elección):

- Patrón color periférico o periquístico presente, incluso si se trata de una tumoración sólida. En este caso, aparecen flujos en

arteria ovárica o intraovaricos pero no centrales intratumorales.

- Ausencia de varias áreas de vascularización, aunque este dato por si no excluye malignidad.
- Presencia de señales color en septos periféricos (si es que los presenta) pero con OVF del tipo de alto resistencia. 2

En la práctica clínica diaria los parámetros que cobran más valor para el diagnóstico de los tumores benignos de ovario son el tamaño, la ecoestructura de la lesión y el análisis de la vascularización mediante estudio Doppler (ausencia de varias áreas de vascularización o la presencia de vascularización periférica tumoral).

La tomografía axial computarizada (TC) no ha demostrado por el momento

una sensibilidad ni especificidad superiores al USG TV y solo se reserva para conocer en ciertos casos la extensión de la lesión o como parte del estudio de extensión prequirúrgica ante la sospecha de que se pueda tratarse de una masa maligna.

Respecto a la resonancia magnética nuclear (RNM) tampoco es de primera elección para el diagnóstico de tumoración anexial, pero existen estudios que avalan su papel por el incremento en la sensibilidad y especificidad con respecto al USG TV y su eficacia en cuanto al diagnóstico de la posible afectación ganglionar. Otras pruebas de imagen como el eco 3D o la tomografía por emisión de positrones (PET) aún queda pendiente determinar su verdadero

valor en la caracterización de las masas anexiales.1,2,3

- **Laparoscopia (LPS):** si bien no existe ningún método diagnóstico no invasivo que permita identificar las lesiones malignas con un 100% de especificidad ni de sensibilidad y aunque el diagnóstico de certeza de tumor benigno de ovario es anatomopatológico, solo se recurrirá a realizar una LPS diagnóstica cuando se dude de la benignidad de la lesión, realizándose biopsia.

La LPS permite la visualización directa de la lesión (tanto en su superficie como del interior de la misma), del anexo contralateral y del resto del aparato genital interno, fondo de saco de Douglas, epiplón, parte del aparato digestivo y de las paredes abdominales, y además

permite obtener muestras para estudio citológico tanto de líquido intraperitoneal como intraquístico, realizar exceresis de la lesión y abordaje quirúrgico que corresponda en función del resultado histológico intraoperatorio en caso de que este se lleve a cabo.<sup>1,2</sup>

Puesto que el resultado anatomopatológico del tumor benigno de ovario (ya sea intraoperatorio o diferido) pudiera no ser el esperado, la extracción y la manipulación de la pieza siempre debería realizarse de la forma más cuidadosa posible, con el fin de evitar la rotura y/o diseminación. La manipulación de la lesión por tanto se aconseja que se practique bajo protección en saco o bolsa de tal forma que si la rotura se produjese, esta lo haga en el interior del saco o bolsa extractora, evitando así el vertido del

contenido tumoral a la cavidad abdominal y la posibilidad de producir peritonitis química o en el caso de lesión maligna, diseminación de la enfermedad, hecho que supondría un cambio en el manejo y pronóstico de la enfermedad. En este último supuesto, sería aconsejable proceder al lavado peritoneal de forma abundante con solución de ringer lactato junto con la práctica de una cirugía reglada oncológica máximo en los siguientes 17 días intentando evitar en gran parte de los casos, la modificación del estadio y pronóstico.<sup>1,2</sup>

La recomendación general hoy día es que el abordaje quirúrgico de las lesiones que sean sospechosas de malignidad, aunque la sospecha sea mínima, se lleve a cabo en un Centro que disponga de posibilidad de biopsia

intraoperatoria y personal capacitado para la práctica de una cirugía adecuada en caso de confirmarse dicha malignidad o que se trate de tumor borderline. 4

- **Laparotomía (LPM):** hoy en día se reserva para aquellas situaciones en las que existen contraindicaciones para la LPS como por ejemplo, enfermedad cardiorrespiratoria severa, cuadros adherenciales graves. Así mismo, es la técnica de elección en todas las tumoraciones con características de malignidad. Anteriormente, también se elegía esta técnica cuando se trataba de un tumor benigno de ovario muy voluminoso, sin embargo hoy en día y en el caso de una lesión de naturaleza predominantemente quística, se puede recurrir a la práctica de una punción-aspiración en saco controlada para

reducir el tamaño tumoral y extracción de la pieza bien por los orificios del trocar de LPS o por medio de una minilaparotomía o mediante colpotomía posterior.

Numerosos estudios avalan el uso de la laparoscopia frente a la LPM como técnica principal en el diagnóstico y manejo de los tumores benignos de ovario asociando un menor tiempo quirúrgico, menor estancia hospitalaria así como una disminución muy importante de la morbilidad quirúrgica. 2,5

Sin embargo en el caso de tumoraciones malignas la experiencia con la laparoscopia es menor y todavía queda mucho camino por recorrer en este sentido.3

## **COMPLICACIONES**

**1. Torsión:** Complicación más frecuente. Se produce principalmente en los tumores de mediano tamaño y con pedículo largo, siendo más habitual en las niñas y embarazadas en las primeras semanas de gestación, así como en el puerperio. Dentro de los tumores benignos de ovario se da preferentemente en el tumor dermoide. Según el grado de torsión el cuadro clínico puede variar desde dolor escaso y de lenta instauración hasta abdomen agudo, constituyendo a veces este último la primera manifestación del tumor. Si la torsión es completa y con compromiso vascular, se traducirá en el estudio eco-Doppler en una ausencia de flujo, con flujos normales en el anejo contralateral precisando cirugía urgente (ooforectomía).

**2. Rotura:** es una complicación infrecuente que suele ser secundaria a una torsión o a un traumatismo. La clínica depende fundamentalmente de la naturaleza del tumor que sufre la rotura. Puede producirse intenso dolor, náuseas y vómitos y en ocasiones requiere un tratamiento quirúrgico urgente.

**3. Hemorragia:** puede ser intraquística o intraperitoneal. La clínica suele ser dolor y estado de choque, dependiendo del estado hemodinámico puede requerir tratamiento quirúrgico urgente.

**4. Infección:** complicación rara que suele ser secundaria a una torsión. La clínica es similar a la de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Los tumores con mayor predisposición son los endometriomas y los tumores dermoides. 1

## **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

El estudio de la masa anexial comprende, fundamentalmente, la anamnesis y exploración clínica, la ecografía transvaginal y abdominal, el doppler-color, los marcadores tumorales, la tomografía axial computarizada y la resonancia nuclear magnética.

Dada la situación de los anexos es importante un diagnóstico diferencial ya que existen numerosas patologías de los órganos vecinos que pueden simular una masa anexial:

- Embarazo ectópico.
- Utero bicorne, mioma uterino, cáncer de endometrio
- Colon sigmoide protuyente, ciego de situación inferior, adherencia de intestino delgado, fecaloma, cáncer intestinal, diverticulitis, apendicitis,

absceso retroperitoneal, síndrome adherencial postquirúrgico.

- Vejiga distendida, hidronefrosis, riñón pélvico.
- Quistes extragenitales: mesentérico, hidatídico, pancreático o del uraco
- Hematoma del recto abdominal
- Procesos tubáricos: anexitis y abscesos tuboováricos, hidrosálpinx, tumor de trompa, quiste de paraovario.

Es difícil establecer una conducta global ante una masa anexial ya que son múltiples los factores a tener en cuenta: sintomatología, edad, estado menstrual, antecedentes familiares y personales, hallazgos clínicos y de pruebas diagnósticas (ecografía transvaginal,

doppler, marcadores tumorales, TAC, RMN), etc. 1,2,9

## **TRATAMIENTO**

| La decisión terapéutica más correcta (cirugía, tratamiento médico ó expectación) en el caso de una masa anexial benigna, se relaciona además con la combinación de una serie de factores, tales como:

- riesgo de ruptura
- riesgo de torsión
- fertilidad futura
- edad . 8

Estas características junto a todas las determinaciones analíticas y pruebas radiológicas que se hayan realizado con fin diagnóstico permiten poder clasificar las lesiones en tres grupos:

1) Lesión simple o probablemente benigna

2) Lesión compleja o sospechosa de malignidad

3) Lesión probablemente maligna,  
(realizar LPS diagnóstica y según hallazgos y resultado de la biopsia realizar una laparotomía con independencia de la edad de la paciente).

2

De ordinario, los quistes ováricos funcionales se someten a observación por si remiten, ya que la mayoría es autolimitada y desaparece en 4 a 8 semanas. Si el quiste produce un dolor intenso, persiste más de 8 semanas o aumenta de tamaño durante la observación, se precisa, sin embargo, tratamiento quirúrgico.<sup>6</sup>

## *PACIENTE EN EDAD REPRODUCTIVA*

### *- Tumor simple < o igual a 5cm:* lo más

habitual es que se trate de una lesión funcional que tiende a desaparecer en el tiempo, siendo por tanto factible una actitud expectante con evaluación en el tiempo de dicha lesión mediante control ecográfico y estudio de marcadores analíticos. Entre tres y seis meses después del diagnóstico inicial del tumor se reevaluará a la paciente y en caso de persistir las mismas características de benignidad se puede demorar el siguiente control un año. El uso de anticonceptivos es controvertido y ha demostrado solo posible regresión cuando se trata de tumores funcionales. En caso de cambio en sus características (aumento tamaño o signos de sospecha), se aconseja realizar tratamiento quirúrgico inicial mediante

laparoscopia con intención conservadora.  
1,2

Las masas anexiales asintomáticas que tienen una baja probabilidad de presentar malignidad (menos del 1%) se pueden manejar sin intervención. Los quistes simples, sin áreas sólidas, septos ó papilas, tienen un bajo riesgo de albergar malignidad, ya sean tumores benignos del ovario, quistes de inclusión ó funcionales. Estudios observacionales prospectivos y de cohorte, han demostrado que la exéresis de quistes ováricos persistentes, no está relacionada con una disminución del riesgo de cáncer de ovario y que el seguimiento de pacientes con quistes ováricos uniloculares menores de 10 cm, no está asociado a una transformación maligna evidente durante el transcurso de un período observacional prolongado. 8

- Tumor complejo o simple > 6cm: En este caso de entrada lo más aconsejable sería realizar tratamiento quirúrgico ya que las posibilidades de regresión de forma espontánea son muy limitadas. La técnica de elección, la laparoscopia y se deberá actuar en función de los hallazgos:

- ✓ Lesión benigna: quistectomía u ooforectomía si la anterior no es posible.
- ✓ Lesión dudosa: anexectomía unilateral y biopsia intraoperatoria.
- ✓ Lesión maligna: previa biopsia (realizada por LPS o por LPM) se procederá a realizar una cirugía reglada oncológica de cáncer de ovario.

Respecto a la posibilidad de punción eco-guiada de la tumoración anexial, este es un tema muy controvertido porque si bien permite estudio citológico, hormonal y de marcadores intraquisticos, presenta una mayor tasa de recidivas y complicaciones derivadas como hemorragia o fibrosis que podría dificultar la fertilidad posterior. Por otro lado en caso de obtener un resultado de malignidad tras la punción existe posibilidad de aumento del riesgo de diseminación peritoneal y modificación del estadio clínico.<sup>1,2,3</sup>

### *PACIENTE POSTMENOPÁUSICA*

En este grupo de pacientes inicialmente se indicaba tratamiento quirúrgico ante cualquier tumoración anexial debido a que el 80% de los canceres de ovario aparecen en mujeres

por encima de los 50 años. Hoy en día con el avance de las técnicas de diagnóstico, en algunos casos, puede realizarse manejo conservador mediante seguimiento de la tumoración (ecografía y marcadores tumorales) puesto que esta podría regresar con el tiempo.

El manejo actual en general no difiere de la paciente en edad reproductiva salvo que en este grupo de edad si se recurre a la cirugía el tratamiento conllevaría de entrada la práctica de una anexectomía bilateral.

En ausencia de síntomas, existen también beneficios teóricos de la escisión quirúrgica para las pacientes (tanto pre como postmenopáusicas) con masas benignas, que pueden incluir la prevención de eventos agudos que requerirían de cirugía de emergencia de

los anexos.<sup>7,10</sup> Una de estas condiciones es la torsión ovárica (comúnmente asociada al cistoadenoma ó teratoma) y otro, la rotura espontánea del quiste (teratoma, endometrioma); ambas con potenciales consecuencias, tales como hemorragia y peritonitis, bien descritas en la literatura. 6

### *DURANTE LA GESTACIÓN*

Los tumores de ovario se presentan durante el embarazo con una incidencia de 1 a 3 en 1000, la mayor parte de estos tienen origen epitelial o germinal; siendo más frecuente el teratoma quístico benigno, seguido por el cistoadenoma seroso (15- 25%).

No hay sintomatología específica, del 25 al 75% de las pacientes son asintomáticas, 35 a 65% puede presentar dolor abdominal, 15% aumento del

volumen abdominal en relación con la edad gestacional y de 10 a 25%, un cuadro de abdomen agudo.<sup>10</sup>

El diagnóstico de un tumor anexial durante la gestación entra a cierta dificultad derivado en principio de los cambios anatómicos que conlleva la propia gestación.<sup>2</sup> El ultrasonido se ha convertido en la herramienta diagnóstica de mayor ventaja. En cuanto a los marcadores tumorales el ca 125 está limitado, ya que normalmente puede estar aumentado en las primeras etapas del embarazo, por lo cual tiene una alta tasa de falsos positivos y una baja especificidad, La alfa feto proteína (AFP) es una proteína sérica, predominante durante el desarrollo fetal, sus niveles están elevados en defectos del tubo neural, por lo que deben tenerse en

cuenta en el diagnóstico diferencial con estas tumoraciones. 10

Durante esta etapa la mayoría de la patología anexial suele deberse a quistes del cuerpo lúteo que en general no sobrepasan los 5 o 6 cm de tamaño, los cuales tienden a desaparecer durante el segundo trimestre. Dentro de las tumoraciones anexiales podemos encontrar tanto quistes dermoides como endometriomas o cistoadenomas. 1,2

La mayor parte de estas lesiones son asintomáticos pero en el caso de lesión funcional puede producirse sintomatología hormonal derivada de esta que podría ocasionar virilización o feminización fetal. Por otro lado en el supuesto de tumores de crecimiento rápido asistiremos a la aparición de síntomas compresivos derivados.2

Muchas de las tumoraciones de ovario se resuelven espontáneamente antes del segundo trimestre del embarazo, sin embargo, si la tumoración persiste o tiene características de malignidad se debe recurrir al tratamiento quirúrgico. 10

Las complicaciones fetales más frecuentes provocadas por tumores benignos de ovario son: aborto, parto pretermino, CIR, muerte fetal, tumor previo y aumento de tasa de cesáreas. Respecto al tratamiento existen algunas situaciones donde podemos plantearnos la posibilidad de tratamiento quirúrgico:

- Riesgo de que se produzca alguna complicación o diagnóstico establecido de complicación (torsión, rotura, o hemorragia).

- Tumor mayor de 5-6 cm. (establecer un límite parece controvertido, pero en el caso de tumoraciones sólidas por encima de 6cm o quísticas por encima de 8 cm se recomienda el tratamiento quirúrgico ya que es muy extraño que con este tamaño sean tumoraciones funcionales, siendo preciso su estudio histológico puesto que en el embarazo existe la posibilidad de tumoraciones malignas de ovario con un porcentaje de alrededor del 6%)
- Tumoración bilateral.
- Sospecha de tumor previo en el momento del parto.
- Sospecha de malignidad. 2

El mejor momento para el tratamiento quirúrgico parece ser el inicio del segundo

trimestre y hacerlo de forma programada parece asociar una disminución importante de la tasa de complicaciones.

2 La semana 16 a 18 de gestación es un periodo prudente para la laparotomía, tanto en relación con la seguridad para el feto, como para reseca el tumor; pero si el tumor tiene características de malignidad, la paciente debe ser intervenida antes de estas semanas, recomendando no manipular el útero durante la cirugía, si se encuentra un proceso ovárico maligno en el momento de la exploración abdominal, se debe determinar un estadiaje correcto para poder establecer un adecuado tratamiento. 10

En cuanto a la vía de acceso quirúrgico parece que la laparotomía es de elección aunque en la actualidad están apareciendo trabajos que contemplan la

vía laparoscópica por los beneficios que aporta frente a la laparotomía. 2

## **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

El abordaje quirúrgico de una masa anexial benigna debe comprender dos etapas: el diagnóstico y el tratamiento.

### **Tipos de intervención**

#### ***Quistectomía***

La quistectomía consiste en extirpar el quiste ovárico respetando el parénquima sano.

Su principal indicación es el tumor ovárico supuestamente benigno en la mujer no menopáusica.

Cuando se trata de un quiste voluminoso, conviene preservar todo el parénquima ovárico posible. Si se trata de un quiste dermoide no es

necesario extirpar de inmediato un quiste dermoide contralateral pequeño.

### ***Ovariectomía***

La ovariectomía es la exéresis del ovario con conservación de la trompa uterina.

Se puede realizar en una mujer joven que presenta un quiste voluminoso, una lesión unilateral con destrucción del parénquima ovárico, un absceso ovárico o una torsión de anexo.

### ***Anexectomía unilateral***

La anexectomía se define por la exéresis del ovario y de la trompa homolateral.

Tiene pocas indicaciones. Se utiliza principalmente en la mujer joven, si resulta imposible disecar el quiste o cuando se sospecha que pueda ser maligno. En este último caso, la

anexectomía se justifica más que la ovariectomía.

### ***Anexectomía bilateral***

La anexectomía bilateral se recomienda después de los 50 años o en la mujer menopáusica, cuando existe una masa ovárica uni o bilateral.

### **Elección de la vía de acceso**

#### ***Laparoscopia***

Está indicada en los quistes de aspecto benigno de menos de 10 cm.

#### ***Minilaparotomía***

Laparoscopia puede resultar inapropiada cuando existen contraindicaciones cardiorrespiratorias, la paciente es obesa o el cirujano no tiene entrenamiento suficiente. En estos casos conviene practicar una minilaparotomía.

## ***Laparotomía***

La laparotomía se recomienda en los siguientes casos: quistes de más de 10 cm, quiste dermoide voluminoso, sospecha de malignidad, quiste en una mujer embarazada después de las 15 semanas de gestación, adherencias considerables,

imposibilidad de tratamiento

laparoscópico y, también, cuando existen otras razones para indicarla.

Se trata de una incisión transversal transrectal, salvo en los casos de obesidad, antecedente de laparotomía medial, masa demasiado voluminosa, grandes adherencias o duda sobre la malignidad, que inducen a escoger una incisión medial.

### ***Comparación de las vías de acceso***

Numerosos estudios, algunos de ellos aleatorizados, demuestran que la

laparoscopia ofrece notables ventajas respecto a la laparotomía: conjuga una mejor visibilidad con una disminución de los traumatismos pélvicos y, por tanto, de las adherencias postoperatorias y su ulterior impacto sobre la fertilidad. Es más breve o de duración comparable a la laparotomía y disminuye las pérdidas sanguíneas, las complicaciones y el dolor postoperatorio. Todos estos elementos colaboran para facilitar una rehabilitación más precoz, con menor tiempo de hospitalización y menor coste. Cuenta también con el beneficio estético.

La laparoscopia también supone algunos riesgos. Al practicar la insuflación con la aguja de Vérès-Palmer y al introducir los trocares pueden producirse lesiones digestivas y vasculares. Para evitarlas, existen

algunas medidas simples: realizar una «laparoscopia abierta» umbilical e introducir los trocares bajo control visual. El uso de la laparoscopia se asocia a un mayor número de rupturas de quistes. Sin embargo, conviene destacar que la mayoría de los tratamientos conservadores se realiza mediante laparoscopia y que, de por sí, la quistectomía representa un factor de riesgo de ruptura. 11

## **PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra”, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2012?.

## **OBJETIVOS.**

### **OBJETIVO GENERAL:**

Identificar la frecuencia, el método diagnóstico principal y tratamiento del quiste simple de ovario en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salavatierra”, en el periodo comprendido del 1 de enero del 2010 al 31 de diciembre del 2012.

### **OBJETIVO ESPECIFICO:**

- Conocer edad de presentación más frecuente
- Conocer el método radiológico más utilizado
- Conocer si el manejo más común fue quirúrgico o conservador
- Conocer la estirpe histopatológica más común

## **HIPÓTESIS.**

### **HIPOTESIS AFIRMATIVA:**

La frecuencia, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra” es similar a lo reportado en la literatura médica.

### **HIPOTESIS NULA:**

La frecuencia, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra” difieren de lo reportado en la literatura médica.

## **JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO.**

- Conocer la frecuencia de los tumores benignos de ovario en el hospital durante el periodo comprendido del estudio.
- Conocer el método diagnóstico más común utilizado en el hospital, así como su tratamiento.
- Conocer las variantes en la población con diagnóstico de tumores benignos de ovario.

## **MATERIAL Y MÉTODOS.**

### **TIPO DE ESTUDIO:**

- Retrospectivo.
- Observacional.
- Longitudinal.

### **SITIO DE ESTUDIO:**

- Benemérito Hospital General con Especialidades “Juan María de Salvatierra Paz, Baja California Sur.

### **SUJETO DE ESTUDIO:**

- Mujeres con diagnóstico de tumor benigno de ovario en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra” durante el período del primero de enero del 2010 al 31 de Diciembre del 2012.

### **TIPO DE MUESTRA:**

Expedientes clínicos con diagnóstico de tumor benigno de ovario, en el periodo comprendido del estudio, proporcionados por el servicio de archivo del Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra”.{}

### **TAMAÑO DE LA MUESTRA:**

Consistió de 118 expedientes clínicos, de los cuales se excluyeron 59 por no cubrir los criterios de inclusión y quedando 59 expedientes para el estudio.

### **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Expedientes completos de pacientes con diagnóstico de tumor benigno de ovario

- Pacientes que cuenten con diagnostico histopatológico.
- Hospitalizados en el Benemérito Hospital General con especialidades “Juan María de Salvatierra” durante el periodo de investigación.

#### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes con diagnóstico diferente a tumor benigno de ovario.
- Expedientes de pacientes que no cuenten con diagnostico histopatológico

#### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Expedientes de pacientes con diagnóstico de tumor benigno de ovario que no estén comprendidos dentro del periodo de estudio.

## **VARIABLES**

### **INDEPENDIENTES:**

- *Método diagnóstico*
- *Tratamiento quirúrgico*
- *Tratamiento conservador*
- *Niveles de Ca-125*

### **DEPENDIENTES:**

- *Tratamiento cirugía abierta*
- *Cirugía electiva o urgencia*

### **DEMOGRÁFICAS:**

- *Edad*
- *Antecedentes GO*

## **ANÁLISIS DE DATOS**

- Revisión de expedientes clínicos, recolección de los datos en una hoja de Excel

- Se analizaron los métodos diagnósticos, el tratamiento y los métodos paraclínicos.

### **ASPECTOS BIOÉTICOS.**

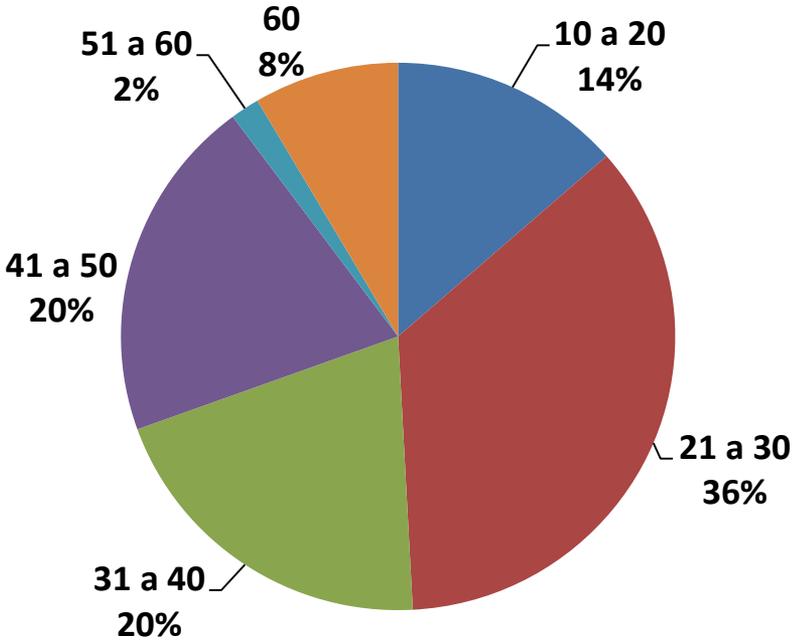
- Dado que se trata de una revisión de expedientes clínicos, se tendrá el cuidado de mantener la información recabada de manera confidencial.

## **RESULTADOS.**

- Se analizaron 118 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de tumor benigno de ovario, en un periodo comprendido de enero de 2010 a diciembre de 2012.
- Sólo 59 expedientes cumplieron con los criterios de inclusión.

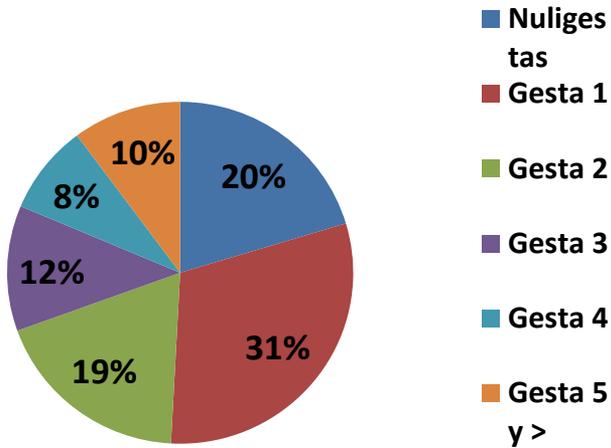
**FRECUENCIA DE EDAD EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO DE TUMOR BENIGNO DE**

**OVARIO**  
**Mas de**



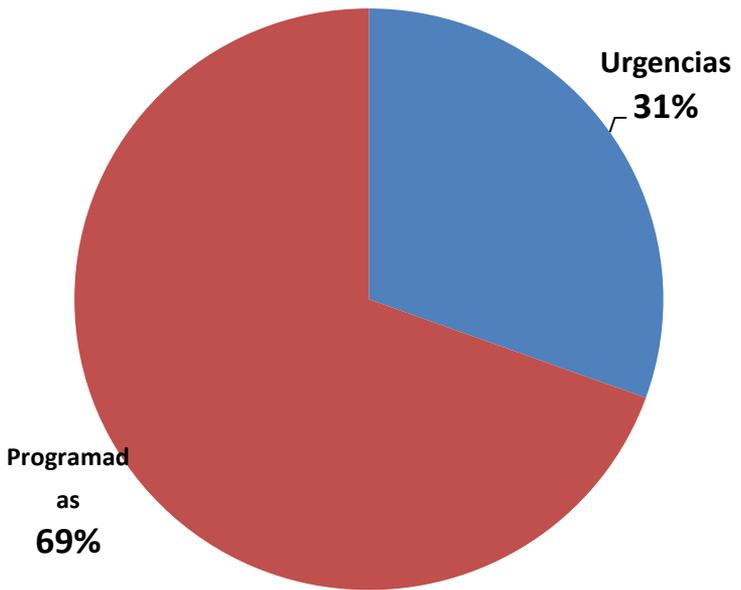
- En cuanto a la edad fue más común encontrarlo en mujeres entre los 21 a 30 años, con un 36%.

## ANTECEDENTES GINECOOBSTÉTRICOS

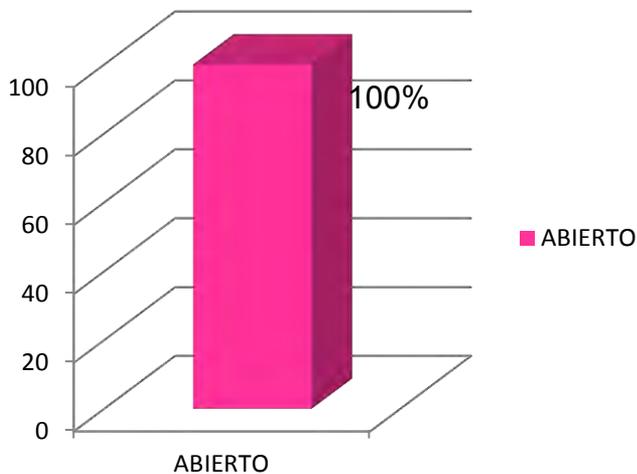


- Dentro de los antecedentes Gineco-Obstetricos se encontró mayor presentación en pacientes primigestas, seguidas de pacientes nuligestas.

## PORCENTAJE ENTRE CIRUGÍA DE URGENCIA Y CIRUGÍA PROGRAMADA

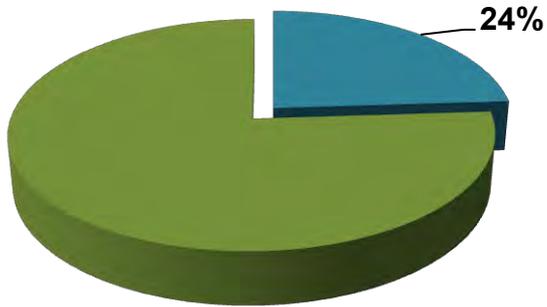


## ABORDAJE QUIRURGICO



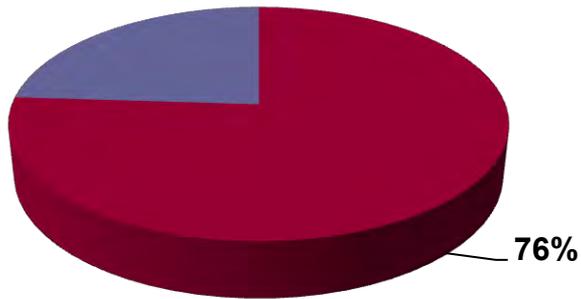
- Se encontró que el 100% de las pacientes tuvieron tratamiento quirúrgico el cual se realizó con abordaje abierto.

**PORCENTAJE DE PACIENTES A LAS CUALES  
SE LES REALIZO ESTUDIO DE CA125**



- Se encuentra que solo el 26% de las pacientes se les realizó marcador tumoral Ca 125.

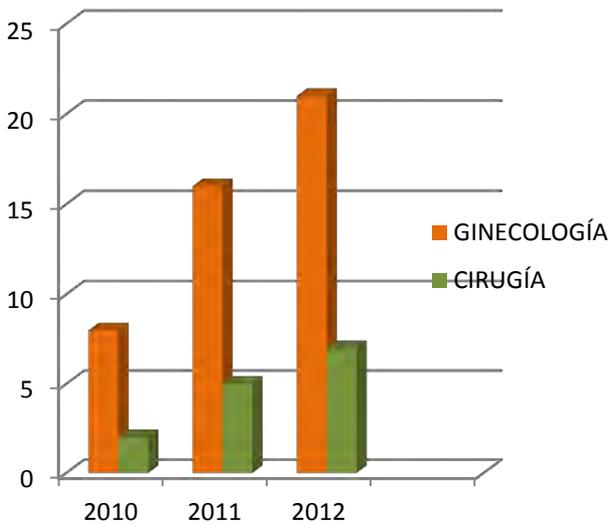
## PORCENTAJE DE PACIENTES A LAS CUALES SE LES REALIZÓ ULTRASONIDO



- Al 76% de las pacientes se les realizó ultrasonograma como método diagnóstico.

**Porcentaje de pacientes que fueron  
atendidas por el servicio de  
Ginecología y obstetricia y Cirugía  
General**

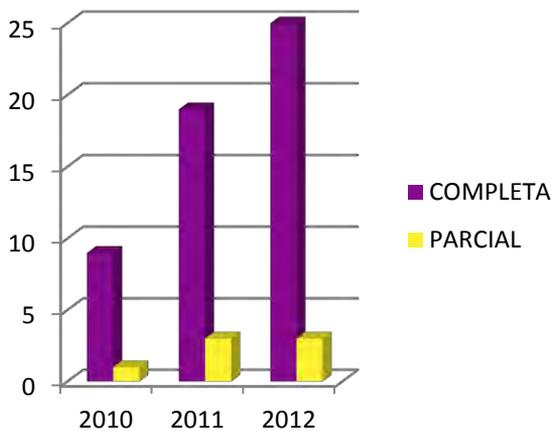
AÑO	SERVICIO	
	GINECOLOGÍA	CIRUGÍA
2010	8	2
2011	16	5
2012	21	7
TOTAL	45	14
	76.27%	23.72%



Se reportó que el 76.27% de las pacientes fueron atendidas por el servicio de Ginecología y obstetricia; el 23.72% de las pacientes fueron atendidas por el servicio de Cirugía General.

**Porcentaje de pacientes a las cuales se les realizo Ooforectomía total y parcial**

AÑO	OOFORECTOMÍA	
	TOTAL	PARCIAL
2010	9	1
2011	19	3
2012	24	3
TOTAL	52	7
	88.13%	11.86%



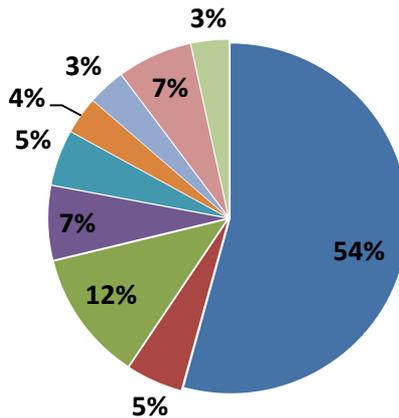
Se encontró que el 88.13% de pacientes se les realizó ooforectomía completa, frente al 11.86% a las cuales se les realizó ooforectomía parcial.

**PREVALENCIA DE TUMOR BENIGNO  
DE OVARIO EN EL BENEMERITO  
HOSPITAL GENERAL CON  
ESPECIALIDADES "JUAN MARÍA DE  
SALVATIERRA" DURANTE EL  
PERIODO DE ENERO DE 2010 A  
DICIEMBRE DE 2012**

<b>ESTIRPE HISTOLÓGICO</b>	<b>NÚMERO DE CASOS</b>	<b>PREVA LENCIA</b>
Cistadenoma Seroso	32	0.54
Cistadenoma Mucinoso	3	0.05
Teratoma Quístico Maduro	7	0.11
Quiste Folicular	4	0.06
Quiste Hemorrágico	3	0.05
Quiste Dermoide	2	0.03
Ovario Poliquístico	2	0.03
Cuerpo Luteo	4	0.06
Quiste Epidermoide	2	0.03

## Porcentaje de casos según Estirpe Histológica

- Cistadenoma Seroso
- Cistadenoma Mucinoso
- Teratoma Quístico Maduro
- Quiste Folicular
- Quiste Hemorrágico
- Quiste Dermoide
- Ovario Poliquistico
- Cuerpo Luteo



La estirpe histológica que mayormente se reporto fue el cistadenoma seroso con un 54%, seguido del Teratoma quístico maduro en un 12%.

## DISCUSIÓN.

Los tumores ováricos benignos son un hallazgo frecuente en la práctica ginecológica, sobre todo desde que se ha generalizado el uso de la ecografía. Alrededor del 25% de las mujeres presenta un quiste ovárico durante el período de actividad genital. Aproximadamente el 75% de estos quistes son funcionales. El resto, de carácter orgánico, constituye lo esencial de las indicaciones quirúrgicas. Un 25% de los quistes operados resulta ser funcional. La exploración anatomopatológica identifica principalmente quistes serosos (25-35%), endometriomas (20%), quistes mucinosos (10-15%) y teratomas maduros quísticos (10-20%). El 1-4% de los quistes

supuestamente benignos resulta ser maligno.11

El diagnóstico definitivo de la masa pélvica sólo puede establecerse después de su extirpación y examen anatomopatológico. Con frecuencia, el diagnóstico sesospecha por los factores de riesgo y la edad de presentación de la paciente así como para las características radiológicas de la masa. En todos los casos se precisa una historia y una exploración física meticulosas. 6

Es vital realizarle ultrasonido transvaginal (USTV) a todas las pacientes, su condición de ser inocuo e indoloro hace que sea aceptado por la mujer, la ventaja principal que posee es mejorar el detalle de las imágenes, o sea, aumentar la resolución en comparación con la vía abdominal.12

Se define que un tumor tiene baja sospecha de malignidad cuando presenta bordes regulares, límites precisos, contenido total o predominantemente sonoluscente, ausencia de tabiques o tabiques finos (menores de 3 mm) y de excrecencias en la pared interna o en los tabiques, si estos existen. 1

Antes de decidir cualquier tratamiento es imprescindible realizar una valoración de la masa anexial, para no operar sin necesidad un quiste funcional y diferenciar los quistes orgánicos benignos de los tumores malignos.

La indicación quirúrgica sólo se plantea a posteriori de dicha valoración. Actualmente, los tumores

benignos del ovario se operan sobre todo por vía laparoscópica. La laparotomía sólo se practica en casos especiales (tamaño del quiste, adherencias, duda acerca de la malignidad).<sup>11</sup>

## **CONCLUSIONES.**

Con el anterior estudio se concluye que:

- Del 100% de las pacientes estudiadas, el 36% se encuentran en edad reproductiva, en el grupo de edad de 21-30 años, seguido de pacientes en edad entre 31 a 50 años.
- Entre de los antecedentes ginecoobstetricos de importancia, se encontró mayor frecuencia de presentación en pacientes primigestas con un 31% de la población estudiada, seguida de las pacientes nuligestas en un 20%, se observa una disminución de la frecuencia de presentación de tumores benignos de ovario conforme aumenta la paridad.

- Dentro del protocolo de estudio, se encontró que se le realizó ultrasonograma al 76% de las pacientes, y solo al 24% de ellas se le realizó estudio de marcador tumoral Ca-125.
- Se observó durante la investigación que el 69% de las pacientes que se sometían a un evento quirúrgico, se realizó de manera programada, siendo un 31% del total de las pacientes estudiadas operadas de forma urgente.
- De las pacientes operadas en el periodo comprendido dentro del estudio, 76.27% se ingresó a cargo del servicio de Ginecoobstetricia y el 23.72% se ingresó a cargo del servicio de Cirugía general.

- El abordaje quirúrgico en el total de la población estudiada en el periodo comprendido del estudio corresponde en 100% a Laparotomía. Realizándose un total de 88.13% (52) de ooforectomía total unilateral, contra un 11.86% (7), de ooforectomía parcial.
- El diagnóstico definitivo histopatológico reveló que el 54%(32) correspondía a cistadenoma seroso, seguido de Teratoma quístico maduro en 12%(7), quiste folicular 7%(4), cuerpo luteo 7% (4), cistadenoma mucinoso 5%(3), quiste hemorrágico 5% (3), Quiste dermoide, quiste epidermoide y ovario poliquístico con 3% (2) cada uno respectivamente.

- Con el anterior análisis de los datos obtenidos de la revisión de expedientes podemos concluir que hace falta un mejor protocolo de estudio de las pacientes con tumores benignos de ovario, lo anterior en fundamento a que del total de 118 expedientes de pacientes con diagnóstico de tumor de ovario, solo se pudieron incluir en el estudio 59 pacientes, ya que los otros 59 expedientes no contaban con resultado de estudio histopatológico, aun cuando se solicitó en dicho departamento, no había antecedente de ellos. Asi como dentro del protocolo de estudio siendo más de 60% de las pacientes con cirugía programada no contaban con adecuada historia

clínica, datos de la exploración física, así como, no contaba con reporte de ultrasonido, o los que tenían en su mayoría se realizaron por vía abdominal y no vaginal como sería la mejor opción según el caso. Respecto al marcador tumoral Ca-125, no hay literatura la cual avale su uso como protocolo, ya que se puede elevar por otras patologías externas al ovario, como patologías que involucren peritoneo, hígado, entre otras, o por causas fisiológicas como el embarazo. De acuerdo al abordaje quirúrgico, queda claro que la literatura actual maneja como tratamiento ideal la vía laparoscópica en casos seleccionados, lo cual no se realiza en nuestro hospital.

## ANEXOS.

### Anexo 1

#### Hojas de recoleccion de datos

<b>Gpo. etario</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>TOTAL</b>
<b>10-20</b>				
<b>21-30</b>				
<b>31-40</b>				
<b>41-50</b>				
<b>51-60</b>				
<b>➤ 60</b>				

<b>Ant. GO</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Gesta 1</b>				
<b>Gesta 2</b>				
<b>Gesta 3</b>				
<b>Gesta 4</b>				
<b>Gesta 5</b>				
<b>o &gt;</b>				

<b>AÑO</b>	<b>U R G</b>	<b>PROG</b>	<b>U S G</b>	<b>CA 125</b>	<b>ABIERTA</b>	<b>LA P</b>
<b>2010</b>						
<b>2011</b>						
<b>2012</b>						

<b>AÑO</b>	<b>GINECOLOGIA</b>	<b>CIRUGIA</b>
<b>2010</b>		
<b>2011</b>		
<b>2012</b>		

<b>AÑO</b>	<b>OOFORECTOMIA COMPLETA</b>	<b>OOFORECTOMIA PARCIAL</b>
<b>2010</b>		
<b>2011</b>		
<b>2012</b>		

<b>ESTIRPE</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>
<b>Cistadenoma sereoso</b>			
<b>Cistadenoma mucinoso</b>			
<b>Teratoma quístico maduro</b>			
<b>Quiste folicular</b>			
<b>Quiste hemorrágico</b>			
<b>Quiste dermoide</b>			
<b>Ovario poliquístico</b>			
<b>Cuerpo luteo</b>			
<b>Quiste epidermoide</b>			

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

Actividad	Fecha
Presentacion y aceptación ante el comité de ética	Octubre 2012
Recolección de Datos	Octubre 2012 a Mayo 2013
Análisis de Datos	Mayo a Julio del 2013
Realización Material de Tesis	Agosto a Octubre del 2013

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- MsC. Laura María Pons Porrata, et. al; Tumores de ovario: patogenia cuadro clínico, diagnóstico ecográfico e Histopatológico; Artículo de Revisión; Medisan, Cuba 2012.

2.-Clínica, Diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario; Fundamentos de Ginecología (SEGO), España, 2010.

3.- C Martínez Salmeán J y Escribano Tórtola JJ. Clínica, diagnóstico y tratamiento de los tumores benignos de ovario. En: Tratado de Obstetricia, Ginecología y Medicina de la

Reproducción (tomo II). Madrid:  
Editorial Médica Panamericana  
S. A. 2003. pp.1622-31.

4.- Gallo JL. Manejo del quiste  
simple de ovario en la mujer  
postmenopáusicas. Toko-Gin  
Pract. 2009; 68(1): 1-5.

5.- Liu JH, Zanotti KM.  
Management of the Adnexal  
Mass. Obstet Gynecol 2011;  
117: 1413-1428.

6. Kevin J. Boyle MD, Saioa  
Torrealdy MD. Enfermedades  
ginecológicas benignas.  
Clínicas Quirúrgicas  
Norteamericanas. 2008, pag  
245-264.

7. Huertas MA, Uguet C, Romo A, Bajo Arenas JM. Estudio ultrasonográfico de las formaciones orgánicas del ovario. Cáncer de ovario. Score ecográfico. Valoración Doppler. En: Bajo Arenas JM. Ultrasonografía ginecológica. Madrid: Editorial Marban; 2009. p. 141- 72.

8. Aguilar Romero MT, González Paredes A, Valverde Pareja M, Rodríguez Oliver A. Quiste benigno de ovario .Indicaciones de cirugía, 2011

9. J.M. Bajo Arenas, JM. Laila Vicens, J. Xercavins Montosa. Fundamentos.

de Ginecología. SEGO, 2009;  
Cap. 35: 433-441

10. Teran, Penelope, et al.  
Cistoadenoma de ovario y  
embarazo, reporte de un caso.  
MedULA, Revista de Facultad  
de Medicina, Universidad de  
Los Andes. Vol. 17. N° 1. 2009.  
Mérida. Venezuela.

11. Bats A. S, et al, Tratamiento  
quirúrgico de los tumores  
ováricos benignos, Elsevier  
Masson, 2010.

12. Alvarez Sanchez Aida.  
Correlación ultrasonográfica e  
histopatológica de los tumores  
de ovario. Revista Cubana de

Ginecología y Obstetricia, 2010,  
86-96